

## بررسی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی، درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷

پژوهشگران: فتنه بخشی<sup>۱</sup>، نسرين مختاری<sup>۲</sup>، شیرین جفرودی<sup>۳</sup>، ژيلا شكنی<sup>۳</sup>، دکتر محمد عباسی<sup>۴</sup>،  
زهرا عطرکار روشن<sup>۵</sup>

(۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش بهداشت جامعه)

(۲) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش بهداشت جامعه)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

(۳) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش داخلی جراحی)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

(۴) پزشک عمومی، رئیس گروه تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۵) دانشجوی دکتری آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### چکیده

**مقدمه:** مراقبتهای دوران بارداری ابزاری مهم برای تعیین و کاهش خطرانی نظیر تولد نوزادان کم وزن و مرده و یا مرگ کودک در طول سال اول زندگی است. هدف اصلی از ارائه این مراقبت ها، تولد نوزادی سالم بدون به خطر انداختن سلامت مادر میباشد. در این بین برخی عوامل مانع از دریافت صحیح و به موقع مراقبت های دوران بارداری شده و موجب بروز عوارض مربوط به مادر و نوزاد می گردند. شناخت این عوامل جهت شناسایی گروههای در معرض خطر و نیز مناطق نیازمند مداخله، ضروری است.  
**هدف:** هدف این پژوهش تعیین چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه آنان در سال ۱۳۸۷ می باشد.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در آن ۳۵۴ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر رشت به صورت چند مرحله ای نمونه گیری شدند. ابزار تحقیق پرسشنامه ای ۳ بخشی بود. جهت تعیین کفایت یا چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری از ابزار **Kotel Chuck** استفاده گردید. داده ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته ها نشان داد ۵۳/۴ درصد زنان، مراقبتهای دوران بارداری را به صورت ناکافی دریافت کرده بودند. بین کفایت دریافت مراقبت و وضعیت اشتغال ( $p= ۰/۰۲۶$ )، میزان تحصیلات همسران ( $p= ۰/۰۴۲$ ) و میزان درآمد ( $p= ۰/۰۰۵$ ) رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. بیشترین عامل موثر بر دریافت مراقبت ها از دیدگاه مادران، اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات (۸۵/۳٪) بیان گردید.  
**نتیجه گیری:** با وجود ارائه مراقبتهای بارداری در مراکز بهداشت، حدود نیمی از زنان به طور کامل از این مراقبتهای استفاده نمی کنند. از جمله موانع دریافت، عدم اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات، رعایت حریم خصوصی زنان هنگام ارائه مراقبت و نحوه برخورد فرد مراقبت دهنده در مراکز بهداشت بود. بعضی از خصوصیات فردی و خانوادگی زنان نیز از موانع دریافت مراقبتهای بود که به نظر می رسد توجه ارائه دهندگان به این ویژگیها در جهت بهبود میزان دریافت مراقبت زنان باردار مهم باشد.

**کلید واژه ها:** زنان باردار، مراکز بهداشت مادر و کودک، مراقبت پیش از تولد، نگرش

### مقدمه

علت عوارض بارداری و زایمان، جان خود را از دست داده اند؛ از این تعداد ۲۴۱ هزار نفر از آسیا و ۱۹۰۰ نفر از ایران بوده اند. بنابراین آمار، میزان مرگ و میر مادران ۱۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در ایران بوده است و این در حالی است که این میزان در ترکیه ۴۴ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده و در آمریکا ۱۱ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده می باشد (۴). به نظر می رسد یکی از عوامل موثر بر اختلاف در میزان مرگ و میر مادران، اختلاف سطح ارائه خدمات بهداشتی باشد (۵). از آنجا که بارداری، نیازهای بهداشتی و مشکلات جسمانی و روانی مادران را افزایش می دهد،

ارائه مراقبت های بهداشتی در دوران بارداری یکی از مباحث اصلی بهداشتی جامعه و یک شاخص مهم بهداشتی در نظر گرفته می شود (۱). ارائه این مراقبت ها ابزاری مهم برای تعیین و کاهش خطرات محصول زایمان نظیر تولد نوزادان کم وزن و مرده و یا مرگ کودک در طول سال اول زندگی می باشد (۲). هدف اصلی از ارائه مراقبت های این دوران، تولد نوزادی سالم بدون به خطر انداختن سلامت مادر می باشد (۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۵ در دنیا، ۵۳۶ هزار زن باردار به

زیر ۵ سال به ۲/۳ از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ را به عنوان اهداف پنجم و ششم خود در نظر گرفته است (۱۱). شروع زود هنگام ارائه مراقبت های دوران بارداری یعنی در سه ماهه اول بارداری و تداوم آن در طول حاملگی منجر به بهبود نتایج بارداری و زایمان خواهد شد (۱۲). هم چنین احتمال به دنیا آمدن نوزادان با وزن مطلوب بیشتر بوده و مرده زایی در آنها بسیار کمتر خواهد بود (۱۳). اداره سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز از سال ۱۳۸۵ دریافت اولین مراقبت دوران بارداری را از هفته های ۶ تا ۱۰ بارداری اجباری دانسته است (۶).

با وجود ارائه مراقبت ها به اشکال مختلف از سوی مراکز بهداشتی و درمانی به نظر می رسد عواملی مانع از دریافت صحیح و به موقع مراقبت های حین بارداری می شود که لازم است با تحقیق و پژوهش، به شناسایی موانع و ارائه ی راه حل هایی جهت رفع آن ها اقدام گردد تا ضمن کاهش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان و پیشگیری از تولد نوزادان نارس و کم وزن به کاهش نیاز به بستری شدن کودکان در سال های آتی زندگیشان نیز کمک کنیم (۱۴). بنابراین به منظور پیشگیری از ایجاد هزینه های سنگین درمانی در سیستم خدمات بهداشتی هر کشور، لازم است به جنبه های مختلف مراقبت های پیشگیری به خصوص در زمینه ی بهداشت مادر و کودک توجه خاص مبذول گردد و عوامل موثر در بروز عوارض ناخواسته ی دوران بارداری و زایمان شناسایی و برطرف گردد (۱۵).

بر همین اساس بررسی میزان دسترسی و بهره برداری زنان باردار هر منطقه به مراقبت های دوران بارداری، شناسایی مشخصات فردی و اجتماعی زنان و مشخص نمودن عوامل مختلف تاثیر گذار بر این بهره برداری از اولویت های پژوهشی در اغلب کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه می باشد، در ایران نیز در راستای اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران با هدف استاندارد سازی خدمات مراقبتی مادران در سطوح خارج بیمارستانی، بررسی چگونگی دریافت مراقبت ها توسط مادران و دیدگاه های آنان در زمینه

مراقبت های این دوران بهترین ضمانت برای حفظ تندرستی مادر و به دنیا آوردن نوزاد سالم می باشد. امروزه پذیرفته شده که ارائه مراقبت های پره ناتال، مقرون به صرفه تر از هر گونه مداخله ای برای کاهش مرگ و میر و عوارض مادری و هم چنین مرگ و میر و عوارض قبل و بعد از تولد می باشد (۶).

در قرن بیست و یکم، با وجود پیشرفت های اقتصادی و تکنولوژیکی فراوان، هنوز هم در کشورهای در حال توسعه ۴۴ میلیون زن به مراقبت های دوران بارداری دسترسی ندارند و سالیانه حدود ۲۰۰۰۰۰ زن در آسیا به علت عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند. همچنین کمبود مراقبت های دوران بارداری و زایمان، موجب مرگ سالانه نزدیک به ۵ میلیون نوزاد پیش از تولد یا در طول زایمان یا در نخستین هفته زندگی و حدود ۶۰۰/۰۰۰ نوزاد در حین تولد می شود (۷). مراقبت های ناکافی دوران بارداری با تولد نوزادان کم وزن ارتباط معنی داری دارد و این وزن کم یکی از عوارض اصلی تعیین کننده ی مرگ و میر و ناتوانی در دوران نوزادی و کودکی است و اثرات دراز مدتی بر شاخص های سلامتی دوران بلوغ نیز دارد (۸). هم چنین هزینه های سنگینی را در بخش سلامت ایجاد نموده و در کل بار قابل توجهی را به جامعه تحمیل می نماید (۹). ماتسون (۲۰۰۴) مراجعات به موقع و منظم مادر برای دریافت مراقبت های دوران بارداری را اولین قدم جهت کاهش تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم (کم وزن) می داند (۱۰). بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، میزان شیوع تولد نوزادان کم وزن در جهان ۱۵ درصد است که در کشورهای مختلف از حداقل ۳/۳ درصد تا حداکثر ۳۸ درصد متفاوت است. در ایران، این میزان بین ۱۱ تا ۱۳ درصد گزارش شده است که می تواند حاکی از عدم توجه کافی سیستم سلامت جهت اتخاذ راهکارهایی برای برطرف نمودن علل زمینه ای از جمله مراقبت های دوران بارداری، زایمان زودرس و . . . باشد (۹). بر همین اساس، سازمان بهداشت جهانی در اهداف سال ۲۰۱۵ خود، کاهش مرگ و میر مادران به ۳/۴ از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ و تقلیل مرگ و میر کودکان

سپس بر اساس همین ابزار، درصد کمتر از ۵۰ و شروع در سه ماهه دوم بارداری در دسته ی ناکافی؛ درصد بین ۵۰-۷۹ و شروع در سه ماهه ی اول بارداری در دسته ی متوسط؛ درصد بین ۱۰۹-۸۰ و شروع در سه ماهه اول بارداری در دسته ی کافی و درصد بالاتر از ۱۱۰ و شروع در سه ماهه ی اول بارداری در دسته ی بیش از حد کفایت قرار داده شد. نهایتاً به دلیل نبودن شرایط انجام آزمون آماری و گزارش دهی، موارد مربوط به دسته های بیش از حد کفایت و کافی در گروه کافی و موارد مربوط به دسته های متوسط و ناکافی در گروه ناکافی قرار داده شدند. بدین ترتیب که شروع مراقبت تا ماه چهارم و تعداد مراجعات بیش از ۸۰ درصد مراجعات لازم در گروه کافی و شروع مراقبت ها بعد از ماه چهارم و تعداد مراجعات کمتر از ۷۹ درصد مراجعات لازم در گروه ناکافی قرار داده شدند.

در بخش «ج» پرسشنامه نیز به منظور بررسی عوامل موثر بر چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری از گزینه های «زیاد»، «متوسط»، «کم» و «اصلاً» استفاده شد.

تعداد مراجعه نمونه در طول دوران بارداری به مرکز بهداشت

x<sub>100</sub>

تعداد مراجعه توصیه شده توسط کالج زنان و مامایی آمریکا (۱۰)

### نتایج

اکثریت نمونه ها در محدوده ی سنی ۲۰ تا ۳۵ سال (۸۳/۹٪)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۵۳/۳٪)، خانه دار (۹۴/۱٪) دارای بیمه (۵۳/۴٪) و میزان درآمد ۱۵۰ تا ۳۰۰ هزار تومان (۶۰/۲٪) و دارای یک فرزند (۵۹/۹٪) بودند. تعداد اعضای خانواده اکثریت واحدها (۹۰/۷٪) کمتر یا برابر ۴ نفر بود. همچنین فاصله آخرین بارداری اکثریت واحدها با زایمان قبلی بیشتر از ۵ سال (۵۵/۹٪) و به روش سزارین (۶۳/۸٪) زایمان کرده بودند. وزن زمان تولد نوزادان اکثریت واحدها (۹۶٪) بیشتر از ۲۵۰۰ گرم بوده است. سن اکثریت همسران واحدهای مورد پژوهش ۳۰ تا ۴۰ سال (۷۸/۵٪) با میزان تحصیلات پایین تر از دیپلم (۵۴/۸٪) و دارای شغل آزاد (۶۲/۷٪) بودند.

در زمینه ی چگونگی دریافت مراقبت ها نیز همان گونه که (جدول شماره ۱) مشاهده می گردد، اکثریت

دریافت یا عدم دریافت صحیح و کافی مراقبت ها، زمینه ساز ارتقای کیفی آن و سیاست برنامه ریزی های بهداشتی خواهد بود (۶). بنابراین تحقیقی با هدف تعیین چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت و عوامل موثر بر آن از دیدگاه دریافت کنندگان مراقبت انجام شد.

### روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در آن تعداد ۳۵۴ نفر از مادرانی که برای واکسیناسیون یا انجام مراقبت های بهداشتی کودک زیر یک سالشان به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت مراجعه کرده و دارای پرونده بهداشتی خانوار در مرکز مربوطه بودند، به عنوان نمونه های پژوهش و به روش چند مرحله ای انتخاب شدند. معیارهای پذیرش در این مطالعه، تک قلو زایی و داشتن سن حاملگی ۳۷ هفته یا بیشتر در آخرین زایمان بوده است.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش و ۳۹ سؤال بود. بخش اول شامل ۲۲ سؤال در مورد اطلاعات فردی- خانوادگی، بخش دوم حاوی ۲ سؤال در زمینه ی چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری و بخش سوم نیز مشتمل بر ۱۵ سؤال یا عبارت در مورد عوامل موثر بر دریافت مراقبت های دوران بارداری بود.

اطلاعات مربوط به بخش های اول و سوم پرسشنامه توسط واحدهای مورد پژوهش و اطلاعات مربوط به بخش دوم که شامل ۲ سؤال در مورد زمان شروع و تعداد مراقبت های دریافت شده ی واحدها از مراکز بهداشتی درمانی بود از روی فرم مراقبت از مادران باردار موجود در پرونده بهداشتی نمونه ها و توسط پژوهشگر تکمیل گردید. جهت تعیین کفایت یا چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری از ابزار استاندارد کتل چاک (Kotel chuck) استفاده گردید، بدین ترتیب که با استفاده از داده های مربوط به بخش دوم پرسشنامه طبق ابزار استاندارد کتل چاک، ابتدا تعداد دفعات دریافت مراقبت بر عدد ۱۰ (به عنوان تعداد دفعات دریافت مراقبت استاندارد) تقسیم و سپس در عدد ۱۰ ضرب می شد و بدین ترتیب درصد دریافت مراقبت به دست می آمد،

در زمینه ارتباط بین میزان درآمد و چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری نیز ملاحظه شد که در بین زنانی که مراقبت کافی دریافت کرده بودند، میزان درآمد ماهیانه ی خانوار اکثریت آن ها (۶۰/۵٪) کمتر از ۱۵۰ هزار تومان بوده است. آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنی دار آماری را نشان داد (p= ۰/۰۰۵).

جهت « تعیین عوامل موثر بر چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی، از دیدگاه مادران » ملاحظه گردید که بیشترین عوامل تاثیر گذار بر دریافت مراقبت های دوران بارداری از دیدگاه مادران به ترتیب شامل اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات دوران بارداری (۸۵/۳٪)، رعایت حریم خصوصی هنگام ارائه مراقبت (۸۱/۹٪) و نحوه برخورد فرد مراقبت دهنده در مرکز (۷۵/۷٪) بوده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب عوامل موثر بر دریافت مراقبت های دوران بارداری از دیدگاه آنان

ردیف	عوامل موثر بر میزان دریافت مراقبت (به ترتیب میزان تاثیر)	تعداد (درصد)
۱	اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات	۳۰۲ (۸۵/۳)
۲	رعایت حریم خصوصی مادر هنگام ارائه مراقبت	۲۹۰ (۸۱/۹)
۳	نحوه برخورد فرد مراقبت دهنده در مرکز	۲۸۶ (۷۵/۷)
۴	خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر همسر	۲۶۴ (۷۴/۶)
۵	اطمینان به مهارت فرد ارائه کننده مراقبت	۲۶۰ (۷۳/۴)
۶	خواسته و پذیرفته بودن حاملگی از نظر مادر	۲۵۷ (۷۲/۶)
۷	حضور فرد مراقبت دهنده در مرکز هنگام مراجعه	۲۴۳ (۶۸/۶)
۸	وجود فرد حمایت کننده در خانواده و اطرافیان	۲۳۰ (۶۵)
۹	ساعت کاری مرکز بهداشتی	۱۷۲ (۴۸/۶)
۱۰	هزینه های جانبی مراقبت های دوران بارداری	۱۵۲ (۴۲/۹)
۱۱	ترس از معاینه	۱۲۰ (۳۳/۹)
۱۲	مدت زمان انتظار برای دریافت مراقبت	۳۲ (۹)
۱۳	بی اطلاعی از حاملگی در سه ماهه اول بارداری	۲۹ (۸/۲)
۱۴	وجود فرد بازدارنده در خانواده و اطرافیان	۲۶ (۷/۳)
۱۵	هزینه رفت و آمد	۲۶ (۷/۳)
	جمع کل	۳۵۴ (۱۰۰)

### بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از مشخصات فردی خانوادگی مادران بیانگر آن است که اغلب مراجعین فعلی مراکز بهداشتی درمانی دولتی که از وضعیت مراقبتی خوبی برخوردار می باشند، در سطح اقتصادی، اجتماعی و تحصیلی پایینی قرار داشته و این امر احتمالاً به دلیل

واحدهای مورد پژوهش اولین مراقبت دوران بارداری خود را در سه ماهه ی اول بارداری (۶۳/۳٪) و بین ۷ تا ۹ بار (۳۷/۶٪) دریافت کرده بودند. بر حسب معیار اندازه گیری کتل چاک، اکثریت (۵۳/۴٪) واحدها مراقبت متوسط و ناکافی دریافت داشتند (جدول شماره ۲ و ۳).

جدول شماره ۱: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب زمان دریافت اولین مراقبت

فرآوانی	تعداد	درصد
زمان دریافت اولین مراقبت		
سه ماهه اول	۲۲۴	۶۳/۳
سه ماهه دوم	۱۰۹	۳۰/۸
سه ماهه سوم	۲۱	۵/۹
جمع	۳۵۴	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری (بر اساس ابزار کتل چاک)

فرآوانی	تعداد	درصد
چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری		
بیشتر از حد کفایت (بیش از ۱۱۰ درصد)	۴۹	۱۳/۸
کافی (۱۰۹-۸۰ درصد)	۱۱۶	۳۲/۸
متوسط (۷۹-۵۰ درصد)	۹۲	۲۶
ناکافی (۴۹-۰ درصد)	۹۷	۲۷/۷
جمع	۳۵۴	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار	۲۹/۰۱ ±	۷۲/۶۵

جدول شماره ۳: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری

فرآوانی	تعداد	درصد
چگونگی دریافت مراقبت دوران بارداری		
کافی (بیش از ۸۰ درصد)	۱۶۵	۴۶/۶
ناکافی (۰ تا ۷۹ درصد)	۱۸۹	۵۳/۴
جمع	۳۵۴	۱۰۰

جهت « تعیین چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری مادران از مراکز بهداشتی درمانی بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک » ملاحظه گردید، در بین زنانی که مراقبت کافی دریافت کرده بودند، اکثریت آنها (۴۷/۷٪) خانه دار بودند، آزمون کای دو نیز ارتباط معنی دار آماری را بین وضعیت اشتغال مادر و کفایت دریافت مراقبت ها نشان داد (p=۰/۰۲۶). همچنین همسر اکثریت زنانی که مراقبت کافی دریافت کرده بودند، بی سواد بودند، آزمون کای دو نیز ارتباط معنی دار آماری بین سن همسر و کفایت دریافت مراقبت ها نشان داد (p= ۰/۰۴۲).

کردن فضای فیزیکی مراکز بهداشتی، رفع کمبود تجهیزات و جذاب کردن این محیط ها، به مددجویان اطمینان می دهد که برای دریافت مراقبت های دوران بارداریشان به محیطی امن و قابل اطمینان مراجعه نموده اند. از آنجا که امروزه یکی از اجزای اصلی آموزش بهداشت در سراسر دنیا، نحوه ی ارتباط با مددجویان می باشد، برگزاری کلاس های بازآموزی دوره ای در زمینه ی آموزش برقراری ارتباط با مددجو برای پرسنل مراکز بهداشتی درمانی یک ضرورت محسوب می شود.

تامین تعداد مناسب کارکنان، عدم استفاده از نیروهای کم حوصله یا کم تجربه در ارائه ی مراقبت های دوران بارداری نیز می تواند نقش به سزایی در جلب رضایت مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی این مراکز داشته باشد. هم چنین بهره گیری از پرسنل دوره دیده، خوش برخورد و آگاه در واحد پذیرش مراکز که اولین محل برخورد مددجویان با مرکز را تشکیل می دهند، می تواند در تغییر دیدگاه زنان باردار نسبت به مراکز دولتی نقش بسیار مثبتی ایفا نماید.

تلاش در جهت شناساندن هر چه بیشتر مراکز بهداشتی دولتی به افراد جامعه از طرق زیادی امکان پذیر است؛ استفاده از رابطین بهداشت جامعه و رسانه های گروهی از آن جمله می باشد. با توجه به پتانسیل بالای مراکز دولتی از نظر امکانات پرسنلی، به روز بودن خدمات قابل ارائه و محیط مناسب، به نظر می رسد با کمی توجه و تبلیغات و با تمهیداتی جهت جلب زنان شاغل، میتوان از هزینه های صرف شده، بهره برداری بهتر و بیشتری به عمل آورد. معرفی بخش ها و خدمات قابل ارائه در مراکز بهداشتی شهری به همراه اسامی و آدرس آنها در دبیرستان ها و حتی دانشگاه ها یکی از راه های شناساندن این مراکز به اقشار مختلف و به خصوص قشر تحصیل کرده می باشد.

### تشکر و قدردانی

از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان رشت در زمینه ایجاد شرایط همکاری پرسنل ارجمند مراکز

هزینه ی بالای خدمات مراکز بهداشتی درمانی خصوصی می باشد. به نظر می رسد این گروه از زنان، سعی می کنند که به توصیه های کارشناسان مراکز مذکور عمل کرده و دوران بارداری و زایمان را به خوبی سپری نمایند.

یافته های پژوهش در زمینه ی عوامل موثر بر چگونگی دریافت مراقبت های دوران بارداری از مراکز بهداشتی درمانی از دیدگاه مادران نیز نشان داد که بر اساس ابزار کتل چاک، اکثریت واحدها (۵۳/۴٪) مراقبت متوسط و ناکافی دریافت کرده اند و بیشترین عوامل تاثیرگذار بر دریافت مراقبت های دوران بارداری به ترتیب اطلاع از نحوه و تعداد درست مراجعات دوران بارداری (۸۵/۳٪)؛ رعایت حریم خصوصی هنگام ارائه مراقبت (۸۱/۹٪) و نحوه برخورد فرد مراقبت دهنده در مرکز (۷۵/۷٪) بوده است. شناخت عواملی که بیشترین کمترین تاثیر را بر میزان دریافت مراقبت های دوران بارداری می گذارد، یکی از راه های برطرف نمودن نقاط ضعف و ارتقای نقاط قوت در این مراکز می باشد. بر اساس پژوهش حاضر، با برنامه ریزی مناسب در جهت مهیا ساختن شرایط معاینه در محیطی خلوت و به دور از چشم سایر مراجعین و پرسنل و همچنین توضیح مراحل کار برای زن باردار، می توان ضمن رعایت حریم خلوت وی، به میزان زیادی از ترس او نیز کاست. هم چنین با بهره گیری از پرسنل تحصیل کرده نظیر ماما یا پرستار متخصص بهداشت جامعه می توان اطمینان مادران باردار به مهارت فرد ارائه دهنده ی مراقبت را افزایش داد. پوشش تنظیم خانواده می تواند نقش به سزایی در کاهش حاملگی های ناخواسته، سقط های عمدی و عوارض آن داشته باشد؛ علاوه بر آن، ارتباط دو طرفه ی زنان و پرسنل مراکز بهداشتی باعث جلب اعتماد زن باردار و افراد خانواده اش شده و عامل فرد بازدارنده را تا حد چشمگیری کاهش خواهد داد.

به نظر می رسد با ارائه ی اطلاعات بیشتر در جهت شناساندن وظایف پرسنل مراکز مذکور و خدمات قابل ارائه در این مراکز به افراد جامعه میتوان در جذب بیشتر مراجعین اقدام نمود. تلاش برای مناسب تر

بهداشتی درمانی شهر رشت تشکر و سپاسگزاری ویژه می نماید.

### منابع:

- ۱- خنجری، صدیقه ... [و دیگران]. دریافت مراقبتهای دوران بارداری و عوامل موثر بر آن از دیدگاه دریافت کنندگان مراقبت. فصلنامه پرستاری ایران، ۱۳۸۵. دوره نوزدهم. شماره: ۴۵. صص: ۴۷-۳۷.
- 2- Sommer KMA. Adequacy of Prenatal Care Utilization Index Kansas, 2005. Available from: <http://www.kdheks.gov/ches/>
- ۳- پارک، جی ای. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی - کلیات خدمات بهداشتی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی. جلد دوم. چاپ سوم. تهران: ایلیا، ۱۳۸۵.
- 4- Maternal Mortality in 2005. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Available from: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health).
- 5- Smith JB. Estimates of the maternal mortality ratio in two world health organization. Bull World Health Organ. 2001;79. pp:182-193.
- ۶- جعفری، ن. والافر، ش. رادپویان، ل. برنامه کشوری مادری ایمن - مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خارج بیمارستانی) ویژه ماماها و پزشک عمومی. چاپ سوم. تجدید نظر دوم. تهران: چاپ آروبیج. ۱۳۸۵.
- ۷- یونیسف (صندوق کودکان سازمان ملل متحد) در جمهوری اسلامی ایران. پیشرفت ملت ها. ترجمه منیژه غبرایی. تهران: یونیسف. ۱۳۷۹.
- 8- Littleton LY, Engebretson JC. Maternal, Neonatal, and Women's Health Nursing. 2nd ed. USA: DELMAR, 2004.
- ۹- قائد محمدی، ز. انارکی، آ. رحیمی، س. وضعیت مراقبت بارداری در حاملگی های منجر به مرگ (حول تولد) در مقایسه با کل بارداری ها در استان بوشهر سال ۱۳۸۴. گاهنامه سلامت مادر و نوزاد، ۱۳۸۶. شماره هشتم. صص: ۲۲-۱۸.
- 10- Matson s, Lillian J. Culturally Sensitive Prenatal Care for Southeast Asians. Public Health Nursing 2002; 21(2). pp:134-138.
- 11- England B. Prenatal Care Satisfaction and Resilience Factors in Maryvale and South Phoenix, Arizona. February 2006. Available from: [http://www.maricopa.gov/Public\\_Health/epi/mch.aspx](http://www.maricopa.gov/Public_Health/epi/mch.aspx). accessed Jan 2008.
- 12- Moos MK. Prenatal Care: Limitations and Opportunites. JOGNN 2006; 35(2). pp: 278-85.
- 13- Kopelman RC, et al. Barriers to Care for Antenatal Depression. Health Behavior Psychiatric services. 2008 April; 59(4). pp: 429-432.
- ۱۴- مجیدی، س. مرادی، آ. بررسی علل مراجعه نامرتب زنان باردار جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری در زائوهای بستری در مراکز آموزشی، درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران، سال ۱۳۷۶. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳. دوره ۲۲ شماره: ۱. صص: ۳۲-۲۸.
- 15- Health Sector Reform of 2004. No. 65. Available from: [www.who.int/tdr/research/finalreps/no65.htm](http://www.who.int/tdr/research/finalreps/no65.htm).

## Survey Influencing Factors on Prenatal Care in mothers referring to health care centers in Rasht city in 2008

**By:** Bakhshi, F, MSN. Mokhtari, N, MSN. Jafroodi, Sh, MSN. Shekani, Zh, MSN. Abbasi, M, MD. Atrkar Roshan, Z, MS in Statistics

### Abstract:

**Introduction:** Prenatal care is an important tool to determine and decrease the risks of delivery outcome; such as low birth weight, death or mortality during first year of life. The main objective of these care are healthy delivery without jeopardizing mothers' health. Some factors prohibit receiving proper and promote prenatal care and cause mother and child health complications. Knowing these factors to identify groups at risk and needed areas for intervention is essential in every society.

**Objective:** To determine mothers receiving prenatal care from health centers in Rasht and influencing factors from their view in 2008.

**Methods:** This descriptive study surveyed 354 mothers referring to health centers in Rasht city who were chosen by cluster sampling. Data collection tool was a 3 part questionnaire.

**Results:** Findings showed that 53.4% of women receiving insufficient prenatal care. There was a significant correlation of care and employment condition ( $p=0.026$ ) level of spouse's education ( $p=0.042$ ) and income ( $p=0.005$ ). The most effective factors on receiving prenatal care from mothers' view were "to know the manner and number of prenatal care". (85.3%).

**Conclusion:** In existence of prenatal care in health centers, almost half of women do not use these care provided. Among barriers to utilization of care were not knowing the manner and number of prenatal care, compliance with the women's privacy in time of providing care and providers manner of communication in health centers. Some of women's demographic and family characteristics were also barriers to utilization of prenatal care which provider's attention to these characteristics seems important in promotion of receiving better prenatal care.

**Key Words:** pregnant women, Maternal – Child Health Center, prenatal care, Attitude.